

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bernard KUYPERS

né le 6 Juillet 1906 à Sully-sur-Loire (Loiret)

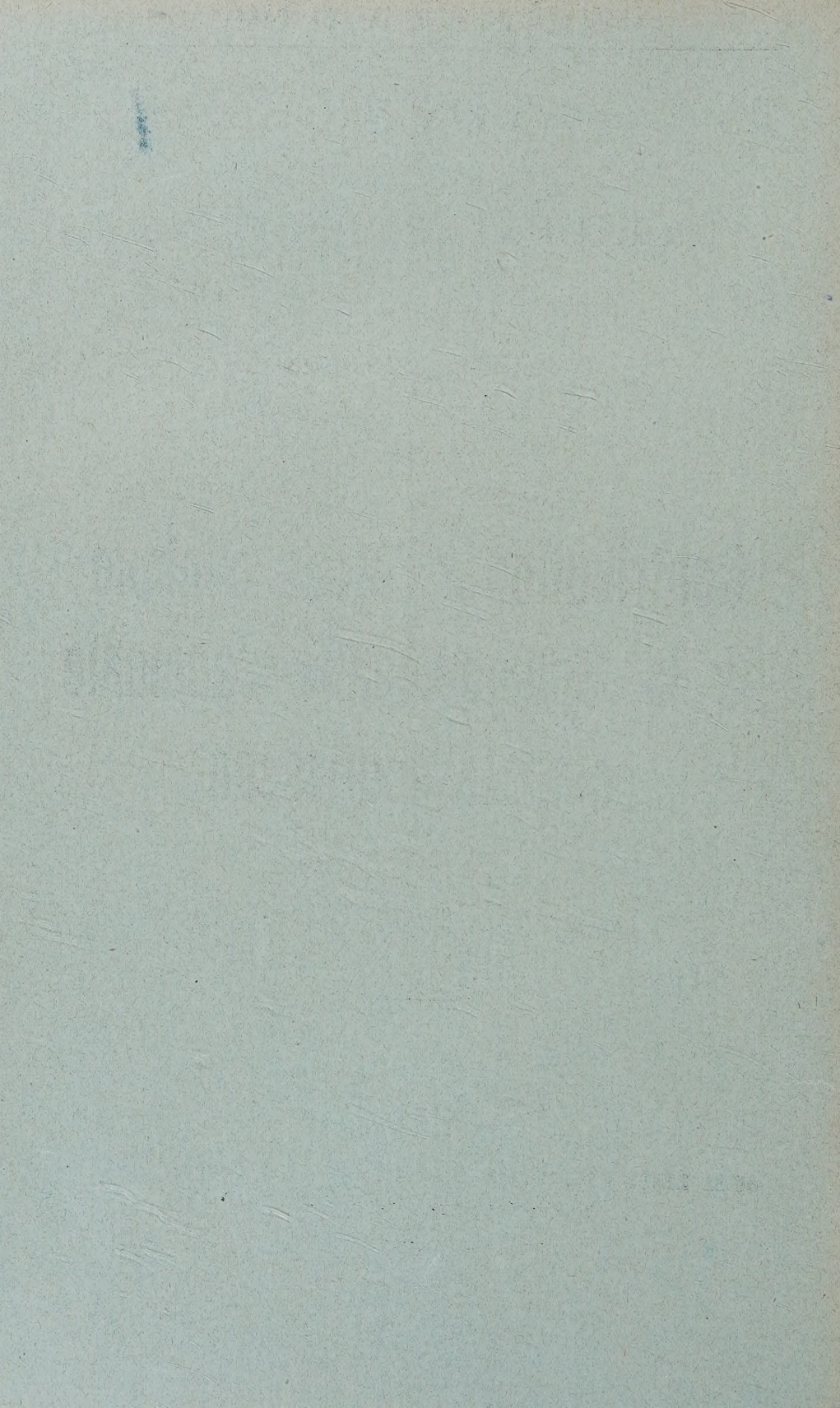
**Contribution à l'étude clinique
de la Splénomégalie vaccinale
chez le nourrisson**

Président : M. LEREBoullet, Professeur

EDITIONS

DE LA REVUE DE PATHOLOGIE COMPAREE ET D'HYGIENE GÉNÉRALE
7, RUE GUSTAVE-NADAUD, PARIS (16^e)

1932



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bernard KUYPERS

né le 6 Juillet 1906 à Sully-sur-Loire (Loiret)

**Contribution à l'étude clinique
de la Splénomégalie vaccinale
chez le nourrisson**

Président : M. LEREBoullet, Professeur

EDITIONS

DE LA REVUE DE PATHOLOGIE COMPAREE ET D'HYGIENE GÉNÉRALE

7, RUE GUSTAVE-NADAUD, PARIS (16^e)

1932

LE DOYEN... M. BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale..	GRÉGOIRE.
Physiologie.....	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	N...
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOLEVACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurol. et psychiâtrie.
 AUBERTIN (H.). Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BROcq..... Pathologie chirurgicale
 BRULÉ..... Pathologie médicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale
 CATHALA..... Pathologie médicale.
 CHABROL..... Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT.... Pathologie médicale.
 ECALLE..... Obstétrique.
 FEY..... Urologie.
 CASTINEL..... Bactériologie.
 GATELLIER... Pathologie chirurgicale
 DE GAUDART. d'ALLAINES. Path.chir.
 GIROUD..... Histologie.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngolog.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HAZARD..... Pharmacologie
 HUGUENIN.... Anatomie pathologique
 HUTINEL..... Pathologie médicale.
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale
 LÉVY-VALENSI Neuro-psychiâtrie.
 LIAN..... Pathologie médicale.
 MONDOR..... Pathologie chirurgicale
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie Chirurgicale
 MOURE..... Pathologie chirurgicale
 OBERLING.... Anatomie pathologiq.
 OLIVIER..... Anatomie.
 PIÉDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 QUÉNU..... Pathologie chirurgicale
 RICHT Fils.. Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÉZARY..... Dermatologie et syphi-
 lographie.
 TROISIER.... Pathologie expérimentale et comparée.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL.. Obstétrique.
 VELTER..... Ophtalmologie.
 VIGNES..... Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX..... Obstétrique.
 LEROUX..... Anatomie pathologique
 Neveu-Lemaire.. Parasitologie.

MM.

RETTERRER.... Histologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL...	Clinique obstétricale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, profes-	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez
seur sans chaire...		l'adulte pour les accidentés du travail, les
		mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

qui fut mon premier professeur,
dont la vie restera pour moi le
meilleur des exemples.

A MA MÈRE

A MA SŒUR

Françoise KUYPERS

Pharmacien

Interne des Hôpitaux

Lauréat de la Faculté de Paris

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LEREBoullet

Professeur d'Hygiène et de Clinique de la Première enfance
Médecin de l'Hospice des Enfants Assistés
Officier de la Légion d'Honneur

qui a bien voulu m'indiquer le
sujet de cette thèse et m'a fait le
grand honneur d'en accepter la pré-
sidence. Témoinage de respec-
tueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAIZE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chef de Clinique à la Faculté

qui a bien voulu me guider dans
l'exécution de ce travail. Qu'il trouve
ici l'expression de toute ma gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOHN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chef de Clinique à la Faculté

En reconnaissance pour l'intérêt
qu'il m'a toujours manifesté.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HOPITAL DE TOURS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES
HOPITAUX DE PARIS

Introduction

« Les principales causes de l'hypertrophie de la rate, chez les enfants âgés de moins de deux ans, dans notre climat, sont, par ordre de fréquence: la syphilis héréditaire, la tuberculose, les infections prolongées et les troubles digestifs chroniques. »

C'est ainsi que, dans les conclusions de sa thèse sur l'« Etude clinique de la mégalosplénie dans la première enfance », écrite en 1912, Mademoiselle *Le Scornet* élève du Professeur *Marfan* résumait les causes de l'hypertrophie de la rate chez les nouveau-nés et les nourrissons.

La syphilis héréditaire occupe, à juste titre, le premier rang. C'est elle qui est responsable, dans les premiers mois de la vie, de la majorité des hypertrophies spléniques. Dès la naissance, la constatation d'une grosse rate peut en constituer le seul signe et le Professeur *Marfan* a pu parler d'une forme splénomégalique de l'hérédo-syphilis. Dans les premiers mois de la vie, c'est le même diagnostic qu'elle fait envisager d'abord. Tantôt, connaissant les antécédents de l'enfant, on a la

notion d'un coryza ayant débuté dès la naissance, de fissures buccales et anales constatées au même moment, on peut retrouver encore des lésions de pemphigus palmaire et plantaire, on trouve une hépatomégalie, un gros testicule, une pseudo-paralysie syphilitique de *Parrot*: aucun doute n'est possible. Tantôt, sur la seule constatation d'une grosse rate, on fait une réaction de *Bordet Wassermann* qui est positive et l'influence favorable du traitement spécifique vient confirmer le diagnostic.

Ce n'est que bien plus rarement que la tuberculose intervient. On la rencontre surtout chez les nourrissons âgés de plus de 3 mois. La splénomégalie peut constituer alors un symptôme intéressant : son association à une hépatomégalie, chez un enfant présentant un mauvais état général, une température irrégulière, en opposition souvent avec des signes d'auscultation minimes, commande de rechercher la notion de contamination, de faire une radiographie des champs pulmonaires et surtout une cuti-réaction.

En présence d'une grosse rate que n'expliquent ni l'hérédo-syphilis, ni la tuberculose, d'après Mlle *Le Scornet*, on doit rechercher l'existence de troubles digestifs chroniques ou d'infections prolongées diverses telles que les broncho-pneumonies trainantes.

Quant au paludisme et au kala-azar, ils ne

peuvent guère être invoqués dans nos climats. Toutefois il faut les retenir comme facteurs possibles de grosse rate dès les premiers mois dans les pays où ces affections peuvent se développer et notamment sur les côtes méditerranéennes.

Mais, en fait, d'après les données classiques et surtout d'après l'enseignement du Professeur *Marfan*, résumé dans la thèse de Mademoiselle *Le Scornet*, la splénomégalie, constatée dans les premiers mois, a une valeur presque absolue en faveur du diagnostic de syphilis, selon les termes mêmes du Professeur *Marfan*.

« Lorsque l'hypertrophie de la rate est chronique, persistante, dans nos climats où le paludisme et le kala-azar n'existent pas, elle a une valeur presque absolue. Avant trois mois, c'est-à-dire à une période de la vie où la tuberculose est pratiquement inexistante, elle permet d'affirmer la syphilis congénitale. Après trois mois, la tuberculose commence à s'observer ; si elle se généralise et a une marche rapide, elle peut déterminer du gonflement de la rate ; mais si la cuti-réaction, répétée après un intervalle suffisant est toujours négative, on peut conclure que la mégalosplénie chronique est déterminée par la syphilis.

En somme dans nos climats où le paludisme et le kala-azar n'existent pas, constatée avant trois mois la mégalosplénie chronique du nourrisson révèle la syphilis. Après trois mois, elle permet

d'en affirmer l'existence si la cuti-réaction à la tuberculine, répétée deux fois à intervalle suffisant, est négative.

C'est un signe de très grande valeur, car, dans nombre de cas, elle est, avec un certain degré d'anémie, la seule manifestation de la syphilis congénitale ». (1)

Il va sans dire que cette constatation n'a de valeur que si la splénomégalie est chronique et persistante.

On devra donc, autant que possible, noter sa date d'apparition, le volume et la consistance de l'organe, et surtout surveiller son évolution, vérifier par des examens ultérieurs, sa persistance.

Tous les diagnostics que nous venons d'envisager supposent en effet l'existence d'une splénomégalie *chronique*.

Or il existe une splénomégalie *subaiguë*, survenant au cours de la primovaccination jennérienne chez le nourrisson, qui dure assez pour être une cause d'erreur assez fréquente dans le diagnostic de la mégalosplénie syphilitique ; cette splénomégalie d'origine vaccinale était restée jusqu'à ces derniers temps méconnue.

Notre Maître le Professeur *Lereboullet* a attiré

(1) MARFAN. — Clinique des Maladies de la première enfance. 2^e partie. Masson éd. 2^e édition 1932.

l'attention sur elle avec M. Worms en novembre 1930 (1) et est revenu sur ce sujet en 1932 (2).

Il soulignait : « l'existence, chez le nourrisson, dans les premières semaines de la vie, de *splénomégalies transitoires*, parfois relativement considérables, survenues sous l'influence d'une éruption vaccinale ou d'une suppuration cutanée et qu'il serait erroné de rattacher à l'hérédo-syphilis ».

La notion de la splénomégalie subaiguë vaccinale a une importance particulière au point de vue du diagnostic de la syphilis. En effet, comme le dit le Professeur *Lereboullet* : « On n'est autorisé, devant une grosse rate mono-symptomatique, constatée chez un nourrisson de quelques semaines, à suspecter de ce fait l'hérédo-syphilis, que si l'enfant n'a pas été vacciné dans les jours qui précèdent, ou s'il n'a pas eu récemment une infection cutanée.

« Surtout il faut par des examens successifs s'assurer que la splénomégalie est bien permanente et non transitoire ; alors que chronique elle garde toute la valeur qui lui a été attribuée dans le diagnostic de l'hérédo-syphilis, elle n'occupe

(1) P. LEREBoullet et R. Worms. — La splénomégalie vaccinale du nourrisson. *Paris médical*, 1^{er} Novembre 1930.

(2) P. LEREBoullet. — La splénomégalie vaccinale. Volume jubilaire du Professeur Jundell. *Acta Pediatricæ*.

P. LEREBoullet. — La splénomégalie vaccinale du nourrisson. *La vie médicale*, 25 Février 1932.

évidemment pas, lorsqu'elle disparaît après quelques jours d'observation, la même place en sémiologie. »

Sur le conseil de notre Maître, nous avons repris dans son service l'étude clinique de la splénomégalie au cours de la vaccine et avons essayé d'en déterminer la fréquence et l'importance. Ce sont les résultats de cette enquête que nous apportons ici.

Etude clinique

Pour établir la description de la splénomégalie vaccinale du nourrisson nous sommes partis de quelques observations d'enfants particulièrement suivis. Nous allons d'abord les reproduire, nous réservant de publier les autres à la fin de cet exposé.

Dans tous les cas la réaction de Bordet-Wassermann et la cuti-réaction faites et trouvées négatives constituent une base indispensable pour bien discuter la valeur des faits.

Il faut aussi que ceux-ci soient bien observés. Pour mettre en évidence l'hypertrophie de la rate, nous avons suivi la technique des explorations conseillée par le Professeur *Marfan*: « Je rappelle que chez le nouveau-né et le nourrisson, la palpation est le meilleur moyen de reconnaître l'augmentation de volume de la rate. La percussion est trompeuse parce que la matité splénique est presque toujours masquée en grande partie par la sonorité de l'estomac et du colon distendu par les gaz. Pour palper la rate, on applique la main à plat sur la région splénique, dans une direction verticale, le bout des doigts en bas.

Les doigts suivent les mouvements inspiratoires et expiratoires de la paroi abdominale ; à chaque expiration ils augmentent leur pression et ils se recourbent peu à peu en crochets comme pour pénétrer sous les fausses côtes gauches.

Quand la rate est augmentée de volume, on la sent sous la forme d'une masse dure qui déborde les fausses côtes d'au moins deux travers de doigt. On ne confondra pas l'intumescence de cette glande avec son abaissement déterminé soit par une déformation rachitique du thorax très prononcée, facile à reconnaître, soit par un épanchement abondant de la plèvre gauche, état tout à fait exceptionnel dans les premiers mois et sur lequel l'attention sera attirée par toute une série de symptômes » (1). Nous n'avons tenu compte que des splénomégalies nettement appréciables à la palpation.

Nous publions ici, outre quatre observations directement suivies par nous, l'observation princeps de MM. *Lereboullet* et *Worms*.

(1) MARFAN. — Clinique des maladies de la première enfance loc. cit.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — *Billard Obs. n° 97 de 1932 et Antony.*

Marcel G. né le 10 mai 1932.

Entre dans le service le 5 août 1932, âgé de 3 mois environ.
L'enfant a un poids de 3 k.800, une taille de 55 cm.5.

Voici les renseignements que nous avons sur lui : Sa mère, âgée de 27 ans, est atteinte de tuberculose pulmonaire ; son expectoration est bacillifère. Elle a une grosse caverne du poumon gauche, avec infiltration caséeuse.

Son père est bien portant.

L'enfant pesait à la naissance 2 k. 850, il a reçu du B. C. G., mais n'a pas eu la vaccination jennérienne. A été nourri au lait sec et a reçu du jus de fruits.

Il a été séparé de sa mère dès sa naissance. Sa cuti-réaction est négative.

A l'examen on note : la diminution du pannicule adipeux, l'enfant est hypothyroïdique. Il présente un œdème de la région temporale gauche et un érythème du siège.

Le squelette est normal.

On ne trouve pas de ganglions à la palpation.

Les poumons et le cœur sont normaux.

La rate et le foie sont normaux.

En résumé il s'agit d'un enfant atteint d'hypothyroïdisme du 2° degré, né de mère tuberculeuse mais séparé de sa mère dès sa naissance, ayant reçu du B. C. G. et ne présentant aucune lésion clinique perceptible : dont, en particulier, la rate est normale.

On envoie l'enfant à Antony le 24 août. On le vaccine le premier septembre et aux examens faits chaque jour jusqu'au 7 septembre la rate reste normale.

Le 9 septembre la rate est perceptible, dépassant manifestement le bord costal d'un travers de doigt. La lésion vaccinale est très développée : il y a une double pustule. La température est à 38°9.

Le 10 septembre : La rate déborde de 2 travers de doigt. La pustule est encore augmentée. Il y a atteinte des ganglions et réaction inflammatoire. On note que les selles restent normales, qu'il n'y a pas de signes pulmonaires. La température atteint 39°2.

Le 12 septembre l'inspection révèle l'existence de miliaire sudorale. La température est retombée à 38°.

Le 14 septembre : la rate est notablement diminuée, mais encore nettement perceptible. La température est redevenue normale.

Le 23 septembre : l'examen somatique est normal : *la rate n'est plus perceptible.*

Il y a eu arrêt passager de la croissance pendant la période fébrile du 8 au 13 septembre. Puis la croissance a repris d'une façon satisfaisante. L'enfant pèse 4 k. 850 à son départ d'Antony.

OBSERVATION 2. — *Observation n° 27 de Billard, 1932.*

André J... né le 3 Juin 1932.

L'enfant est né le 3 Juin 1932, entre à la nourricerie Billard le 12 juin.

L'enfant est né à terme, pesant 3 k 300.

A son entrée dans le service, à l'âge de 9 jours il pèse 3 k 200. Sa taille est de 50 cm,5.

L'inspection montre : d'une part l'existence de deux petites lésions crouteuses, sur la joue gauche et au menton (traces probables d'une application de forceps) et, d'autre part, à la partie supérieure du bras gauche, l'existence d'une vésicule,

entourée d'une zone inflammatoire : témoin d'une vaccination au 5^{me} jour environ de son évolution.

L'examen montre un pannicule adipeux abdominal mince.

L'examen du squelette ne révèle rien : le crâne est normal, on ne trouve pas de craniotabès.

Pas de chapelet costal.

Les membres sont normaux, il n'y a ni incurvation des os, ni élargissement des épiphyses.

La palpation ne permet pas de sentir de ganglions sauf dans l'aisselle gauche (vaccination).

On ne sent pas le foie.

Par contre : *la rate est perceptible*, la palpation permet de l'atteindre sous les fausses côtes, qu'elle ne déborde pas.

Les testicules sont normaux.

On ne trouve rien aux poumons, ni au cœur. L'enfant est apyrétique.

Le 17 juin — Les croutes faciales sont tombées et les lésions sous-jacentes sont à peu près cicatrisées.

La pustule vaccinale par contre, large, aplatie, nacrée, déprimée au centre, bordée d'une large aréole est à son maximum de développement (10^e jour environ).

La rate est devenue très facile à percevoir : elle *déborde d'un demi-travers de doigt* le bord inférieur des fausses côtes. Elle est nettement *plus ferme qu'une rate normale*.

Le foie est normal. L'enfant est resté apyrétique, sa croissance est régulière ; il pèse 3 k 300.

Le 22 juin.—Les lésions faciales sont entièrement effacées.

La pustule vaccinale a fait place à une croute.

L'aréole inflammatoire est à peu près complètement disparue.

La palpation permet d'atteindre le pôle inférieur de la rate, à bout de doigt, sous les fausses côtes, au moment des inspirations.

L'enfant n'a pas fait de fièvre.

Il pèse 3 k 350.

Le 24 juin. — La croute vaccinale est tombée. Il est difficile d'atteindre la rate à la palpation.

Le 6 juillet. — La rate n'est plus perceptible.

On a fait à cet enfant une cuti-réaction et une réaction de BORDET WASSERMANN ; ces deux épreuves sont restées négatives.

OBSERVATION III. — *Billard. Observation 262 de 1932*

• Paulette R... née le 1^{er} Janvier 1932, l'enfant entre dans le service le 21 Janvier 1932, venant de l'Hôpital Saint-Louis. Son poids est de 3 kgr. 050, sa taille de 50 cm.

L'examen montre l'existence d'une desquamation physiologique et d'un léger érythème fessier.

L'enfant présente du strabisme.

L'attention est attirée par l'existence d'une pustule vaccinale au maximum de son développement (environ 9 jours) entourée d'une grosse aréole inflammatoire et accompagnée d'une adénopathie axillaire.

A la palpation ; le crâne, le thorax et les membres sont normaux.

Le foie est normal.

La *rate est grosse*, elle déborde franchement le rebord costal, elle est nettement *plus ferme* qu'une rate normale.

L'enfant n'a pas de fièvre.

Le 29 Janvier. — L'éruption est au stade croûteux depuis 3 jours.

La rate n'est plus perceptible à la palpation.

L'enfant, toujours apyrétique, a pris 250 gr. en 7 jours.

Dans la suite, l'enfant a fait un abcès au rein droit : incisé le 4 Février.

Deux cuti-réactions lui ont été faites, le 6 Mars et le 2 Avril : elles sont restées négatives.

Le 5 Avril, avant son départ du service, l'enfant a été examiné de nouveau : la rate n'était pas perceptible.

La croissance avait été satisfaisante : l'enfant pesant 5 kgr. 750 à la sortie.

OBSERVATION IV. — *Crèche 1932*

Jeanne P.... née le 25 Juillet 1932, à terme.

Pesait à la naissance 3 kgr. 460, Sa taille était de 48 cm. Elle entre à la crèche le 6 Août. C'est un assez bel enfant.

L'inspection montre un vaccin en évolution, du 8^{me} ou 9^{me} jour.

On note l'existence d'un foie un peu gros et d'une *rate perceptible*, dépassant les fausses côtes de un travers de doigt, et de ganglions axillaires du côté du vaccin.

Par ailleurs l'examen somatique est normal.

Le 9 Août. — Le vaccin est au 11^e ou 12^e jour. La *raté* est juste perceptible. Sa consistance n'est pas accrue.

Le 18 Août. — Le vaccin est à l'état de croûte. La *rate* est très difficile à atteindre, à bout de doigt. Le foie est normal.

Dans l'aisselle on ne sent plus que deux ganglions très petits.

La croissance a été régulière, il n'y a pas eu de fièvre.

OBSERVATION V. — (*Professeur Lereboullet et R. Worms*
Paris Médical 1^{er} Novembre 1930)

André P.... entre à la crèche le 1^{er} décembre 1928, il est âgé de 11 jours, poids 3 kgr. 500, pas de coryza pas de ganglions sus-épitrochléens, crâne normalement ossifié, testicules normaux. Bordet-Wassermann et Hecht négatifs.

Il existe sur le bras une pustule vaccinale d'aspect typique, large, aplatie, nacrée, se détachant sur une aréole rouge vif, un peu tuméfiée. Le foie déborde légèrement, de consistance normale. *La rate est augmentée de volume*, son pôle inférieur arrondi est perçu à chaque inspiration.

Le 2 Décembre la pustule commence à se flétrir, l'augmentation de volume de la *rate* s'est accentuée, et surtout l'organe est d'une *fermeté remarquable*.

Par ailleurs, développement régulier, aspect satisfaisant,

Le 5 Décembre la pustule desséchée est recouverte d'une

croûte, la rougeur inflammatoire a disparu, la rate diminue de volume et a repris sa *consistance normale*.

Nous insistons sur cette modification de la consistance qui a été indiscutable.

Quelques jours après, la rate n'est plus perceptible.

Description Clinique

D'après les faits que nous venons de relater, à titre d'exemple, comme d'après ceux que nous publions plus loin, la splénomégalie vaccinale apparaît comme une splénomégalie transitoire, parfois relativement considérable, survenant au cours de l'éruption vaccinale et évoluant parallèlement à celle-ci.

Avant de la décrire, nous nous permettrons de rappeler brièvement ce qu'est *l'évolution de la vaccine* dans la primo-vaccination jennerienne afin de préciser le moment où, par rapport à cette éruption, peut être notée la splénomégalie.

Il existe, après l'inoculation, une période silencieuse, allant jusque vers le 3^{me} jour, marquée seulement par une rougeur au niveau du trait de piquûre.

Au 3^{me} jour apparaît une macule, qui se transforme le lendemain en papule, pour aboutir au 5^{me} jour à la vésicule.

Celle-ci transparente d'abord, puis opaline, s'entoure d'une aréole qui va s'accroître et s'étendre le 6^{me} jour tandis que la vésicule s'ombilique,

La fin du 7^{me} jour marque la maturation de la lésion : la phase de pustulation commence. On voit au 8^{me} jour se développer la pustule vaccinale typique : large, aplatie, nacrée à bords durs et surélevés, déprimée en son centre, entourée de l'aréole rouge élargie.

Elle atteint son maximum au 9^{me} jour : son centre, très augmenté, accentue sa dépression, la zone périphérique se bombe, devient irrégulière l'aréole se colore en rouge vif, s'étend.

Les ganglions du voisinage s'engorgent et deviennent douloureux.

Chez le nourrisson, la pustule se présente assez souvent avec ces caractères bien accentués : témoin de l'intensité de certaines réactions que provoquent les vaccins modernes.

Au 10^{me} jour commence, en général, la période de régression : la pustule se flétrit, la réaction inflammatoire diminue.

Aux 12^{me} et 13^{me} jours, la croûte se complète et se termine. Elle va progressivement se durcir pour tomber du 17^{me} au 20^{me} jour, laissant une cicatrice indélébile.

Supposons donc un nouveau-né, indemne de toute affection, que l'on vaccine.

L'évolution se faisant normalement (nous nous plaçons dans le cas d'une vaccine évoluant sans complications) trois jours s'écoulent correspondant

à la période silencieuse, pendant laquelle la rate reste normale.

La macule paraît suivie d'une papule et ce n'est guère qu'au 5^{me} jour, alors qu'apparaît la vésicule, qu'une palpation attentive peut permettre de décèler un début d'augmentation de la rate. Il faut, pour la sentir à ce moment, insinuer les doigts sous le gril costal : on peut alors sentir son pôle inférieur au moment des inspirations profondes, ou en asseyant l'enfant. C'est ainsi que nous avons pu décèler le début de la splénomégalie dès le 5^{me} jour chez un de nos malades (Obs. n° 2). Lorsqu'au 7^{me} jour débute la phase de pustulation la rate est plus nettement perceptible : dans certains cas particulièrement nets elle peut, dès ce moment, déborder légèrement le bord inférieur des fausses côtes.

C'est surtout du 9^{me} au 11^{me} jour, la pustule ayant atteint son complet développement, que la rate atteint elle-même son volume maximum. Volume variable avec les sujets.

C'est ainsi que tantôt elle déborde le bord des fausses côtes de un demi travers de doigt (Obs n° 2) de 1 ou même deux travers de doigt (Obs. n° 4 et n° 1) ; sa constatation étant, en tout cas, facile et sure. Tantôt, comme dans l'observation n° 5, elle est simplement perceptible, mais ne déborde pas.

C'est à ce moment qu'on peut noter une modification de sa consistance et constater qu'elle est

alors plus ferme qu'une rate normale, sans être, cependant, dure comme une rate syphilitique.

C'est un des points sur lesquels le Professeur *Lereboullet* avait insisté : il avait noté cette fermeté dans une des observations rapportées au cours de son premier article (Obs. n° 5).

Et nous avons pu la remarquer également chez deux de nos malades (Obs. n° 2 et n° 3). Avec la régression de la pustule, au 12^e jour, va coïncider la diminution du volume de la rate. Au 14^e jour, alors que la croûte est fermée, elle sera de nouveau revenue au niveau des fausses côtes, ou parfois même déjà cachée par elles puisque dans l'observation n° 2, au 15^e jour on atteint le pôle inférieur à bout de doigt.

Vers le 17^e jour, alors que la croûte tombe, on ne peut l'atteindre que par une palpation attentive.

Quant à la date exacte de sa disparition, elle semble assez variable. Dans un des cas que nous avons suivis (Obs. n° 3) la rate était redevenue normale dès le 18^e jour.

Au contraire, dans l'observation n° 2, sa régression complète n'a pu être affirmée qu'au 29^e jour.

Il semble bien que ce soient là des cas extrêmes et qu'en moyenne ce soit du 20^e au 25^e jour que l'organe cesse d'être accessible à la palpation (23^e jour dans l'observation n° 1).

Quoiqu'il en soit, ainsi que l'a bien vu le Professeur *Lereboullet*, la splénomégalie vaccinale ré-

gresse lentement, de sorte qu'elle survit à la pustule vaccinale.

C'est un point sur lequel nous reviendrons ultérieurement, car il peut être cause d'erreurs de diagnostic.

La rate, avons-nous vu, peut atteindre dans son hypertrophie, un volume variable avec les sujets. Si, dans certains cas, l'intensité de la splénomégalie semble en rapport avec une pustule vaccinale particulièrement développée et avec une poussée fébrile (observation n° 1), cette remarque n'a rien d'absolu et nous trouvons des cas où, en présence d'une large réaction vaccinale, la rate déborde à peine le rebord costal (observation n° 5). Tous les intermédiaires sont possibles (observations n° 2 et n° 4).

Parallèlement à l'évolution de la lésion vaccinale, les ganglions axillaires du côté inoculé peuvent réagir devant l'infection.

C'est surtout du 9^e ou 11^e jour que l'on note l'existence de cette adénopathie (voir nos observations n° 1, n° 2 et n° 3).

Son évolution et sa régression lente, parallèle à celle de la rate, a été suivie dans l'observation n° 4 où l'on a pu trouver encore deux petits ganglions axillaires au 20^e jour alors que la rate très diminuée était encore légèrement perceptible.

Nous ajouterons enfin que dans un grand nombre de cas (et notamment dans les observations n°

2, 3, 4 et 5) il n'y a pas de fièvre, l'état général est bon et l'accroissement de poids de l'enfant reste régulier.

**Schémas de l'évolution de la
Splénomégalie vaccinale**

d'après l'observation n° 1

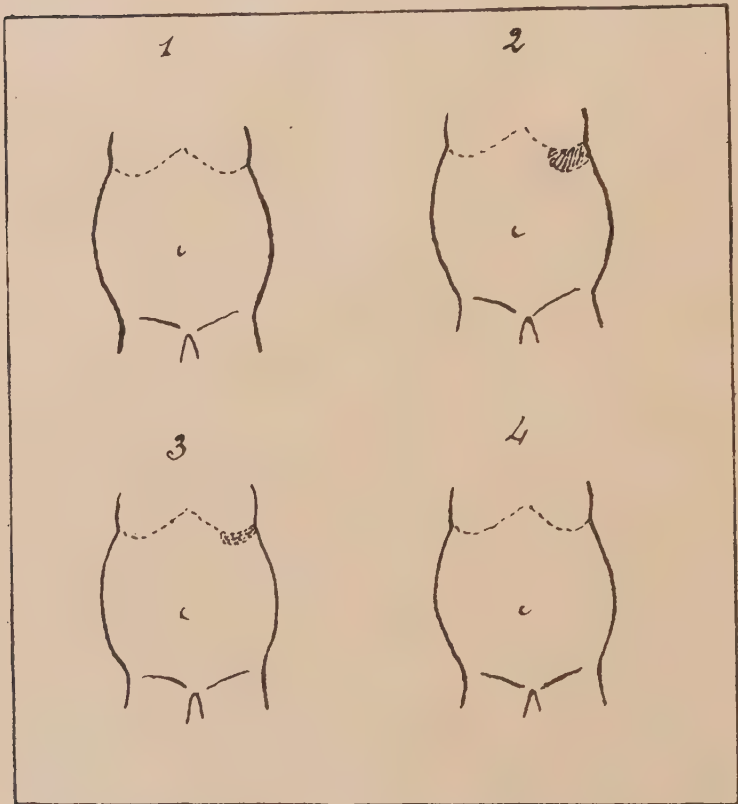


Schéma 1 :	1 ^{er} jour de la vaccination.	Rate normale
» 2 :	10 ^e	» La rate déborde de 2 travers de doigts.
» 3 :	14 ^e	» La rate est perceptible
» 4 :	23 ^e	» Rate normale.

Fréquence de la splénomégalie vaccinale

Telle est, d'après les quelques cas que nous avons pu suivre, l'évolution de la splénomégalie vaccinale. Ces cas étant en nombre restreint, il nous a paru intéressant de relever dans les observations de tous les enfants passés à la nourricerie Billard de 1929 à 1932 les cas d'enfants vaccinés et de noter leurs réactions spléniques.

Nous avons ainsi classé les observations relevées en trois groupes.

Nous avons réuni d'abord les cas dans lesquels on constate une splénomégalie coïncidant avec l'existence d'un vaccin en évolution, alors qu'aucune autre cause, au moins dans l'observation, ne pouvait justifier son existence.

Et si les observations n° 1 et n° 7; qui s'appliquent à des enfants nés de mères tuberculeuses ont été mises dans ce groupe : c'est que, séparés de leur mère dès la naissance, ces nourrissons ont reçu du B. C. G., leur examen clinique n'a révélé aucun des signes habituels de tuberculose, la cuti-

réaction, faite à plusieurs reprises, est restée constamment négative.

Et surtout l'on a pu, dans l'obs. 1, constater par des examens répétés, avant la vaccination, que la rate était normale. On l'a vue, au cours de l'évolution du vaccin, augmenter puis diminuer de volume pour redevenir enfin normale.

L'origine vaccinale de ces splénomégalias nous semble très probable, pour ne pas dire certaine. Avec nos 4 premières observations personnelles rentrent dans cette catégorie les 11 suivantes (de l'observation 6 à l'observation 17) où la splénomégalie vaccinale a été constatée, mais non suivie régulièrement d'un bout à l'autre de son évolution.

Un deuxième groupe comprend les cas d'enfants vaccinés, ayant présenté une splénomégalie qu'on ne peut attribuer avec certitude au vaccin, puisqu'il existe chez ces malades d'autres affections qui sont des causes habituelles d'hypertrophie splénique.

C'est ainsi que les observations n° 18, 19 et 20 concernent des hérédosyphilitiques : et cependant, dans l'observation 18, la régression ultérieure de la rate est tout à fait en faveur de l'origine vaccinale. Dans l'observation 21, le pemphigus, associé à l'infection de la lésion vaccinale, pourrait à lui seul justifier la grosse rate ; et c'est pourquoi nous ne l'avons pas classé dans le 1^{er} groupe.

Il en est de même de l'observation n° 22, dont

la splénomégalie est suffisamment expliquée par des lésions cutanées étendues et une hérédité probable.

Les pyodermites dans l'observation n° 23, les troubles digestifs marqués du 24 peuvent être également incriminés, au même titre que le vaccin sans qu'il soit permis de conclure en faveur de celui-ci plutôt que des causes précédentes.

Enfin le troisième groupe comprend les enfants vaccinés chez lesquels la rate est restée normale : il nous a paru de peu d'intérêt de rapporter ces observations purement négatives.

Nous en avons relevé 18 qui s'opposent aux 17 cas de splénomégalias vaccinales probables et aux 7 cas d'étiologie douteuse.

Nous avons en outre, en établissant cette statistique, relevé l'âge de tous ces enfants au moment où ils furent examinés : voici les résultats que nous avons obtenus en classant ces enfants dans les trois groupes dont nous venons de parler.

GROUPE I. — Splénomégalias vaccinales

L'enfant est âgé de	9 jours	: Observation	n° 2
«	10 jours	«	n° 14
«	11 jours	«	n° 1
«	«	«	n° 9
«	12 jours	«	n° 4
«	«	«	n° 8
«	«	«	n° 10
«	«	«	n° 15

L'enfant est âgé de	13 jours	Observation	n° 5
«	14 jours	«	n° 12
«	«	«	n° 13
«	15 jours	«	n° 16
«	19 jours	«	n° 17
«	21 jours	«	n° 11
«	1 mois	«	n° 7
«	3 mois	«	n° 6

**GROUPE II. — Splénomégalias d'origine contestable
chez des enfants vaccinés**

L'enfant est âgé de	11 jours	Observation	n° 18
«	11 jours	«	n° 21
«	12 jours	«	n° 23
«	«	«	n° 20
«	15 jours	«	n° 19
«	«	«	n° 22
«	1 mois	«	n° 24

**GROUPE III. — Enfants vaccinés dont la rate
est restée normale**

L'enfant est âgé de	9 jours	Louis B.	Obs. 160 de 1929
»	10 jours	Simone H.	« 142 de 1929
«	10 jours	Germain B.	« 159 de 1929
«	11 jours	Henry R.	« 144 de 1929
«	«	Guy R.	« 145 de 1929
«	«	Georges D.	« 394 de 1930
«	13 jours	D.	« 281 de 1931
«	«	Raymond V.	« 293 de 1931
«	15 jours	C.	« 42 de 1930
«	«	A.	« 2 de 1931
«	16 jours	Georges L.	« 221 de 1929
«	19 jours	X.	« 41 de 1932
«	21 jours	V.	« 77 de 1931

L'enfant est âgé de	1 mois	C.	Obs.	61 de 1931
«	«	X.	«	344 de 1932
«	5 semaines	Jacques M.	«	129 de 1929
«	2 mois	Robert V.	«	17 de 1931
«	4 mois	R.	«	49 de 1931

Ainsi dans le 1^{er} groupe sur 17 cas cités : 12 sont antérieurs à l'âge de 15 jours, 3 sont de 15 jours à un mois, 2 seulement sont de un mois ou plus.

Si la plupart de nos observations portent ainsi sur des nouveau-nés, c'est que dans les maternités les enfants sont vaccinés systématiquement dès les premiers jours après leur naissance.

Si les nourrissons âgés de quelques mois peuvent présenter une splénomégalie vaccinale ; c'est donc surtout dans le premier mois de la vie que l'on pourra constater ce phénomène avec la plus grande fréquence.

Il n'est cependant pas constant, puisque sur 42 cas d'enfants vaccinés, nous ne relevons que 17 observations dans lesquelles la splénomégalie observée semble d'origine vaccinale : soit à peu près 40 % des cas.

La splénomégalie vaccinale prend donc place dans le diagnostic étiologique des grosses rates chez le nourrisson.

Au cours des deux articles dont nous avons fait mention au début de ce travail le professeur *Lere-*

boullet a marqué l'importance de ce fait et nous avons cité ses conclusions à ce sujet.

Il avait rappelé, dès son premier article, qu'habituellement pour donner à la splénomégalie sa valeur séméiologique il fallait : « qu'on ait par des examens successifs, établi sa *persistance* selon la définition même de *M. Marfan* »

La splénomégalie chronique, ainsi vérifiée, ne pose guère alors que la discussion des principales causes d'hypertrophie telles que Mlle *Le Scornet* les avait établies dans sa thèse et telles qu'on les connaît depuis longtemps : *hérédo-syphilis, tuberculose*, infections prolongées et troubles digestifs chroniques, sans oublier le Kala-azar infantile et le paludisme dans les pays juxta méditerranéens.

Au contraire la splénomégalie d'apparition transitoire ne peut guère poser que deux diagnostics : ou bien elle relève de suppurations cutanées : eczéma infecté, impétigo marqué, pemphigus, pyodermites visibles à l'inspection de l'enfant. Ou bien elle relève de l'inoculation vaccinale : ce que, le plus souvent, on peut immédiatement vérifier par la constatation de la pustule ou de la croûte vaccinale.

Lorsqu'on ne trouve plus que la cicatrice du vaccin, celle-ci, par sa couleur rose, indique son origine récente et permet de rattacher la splénomégalie en apparence isolée, à sa véritable cause : nous savons en effet que la rate est parfois encore perceptible quelques jours après la chute de la

croute (Cas rapporté dans l'observation n° 2 où la rate ne devint normale qu'au 29^e jour après l'inoculation).

Enfin quand, chez un enfant porteur d'une splénomégalie, coexistent à la fois et un vaccin en évolution et les symptômes d'une des affections précédemment énumérées, la part de l'une et l'autre infection devient, sur le moment, impossible à préciser ; seule l'évolution permet la différenciation et l'on peut dire qu'une rate dont l'hypertrophie persiste *un mois* après la vaccination n'est certainement pas vaccinale.

Comme on le voit, la notion d'une splénomégalie d'origine vaccinale chez le nourrisson, sans diminuer la valeur séméiologique de la splénomégalie vraiment chronique comme signe de certitude d'hérédo-syphilis, permet d'éviter une cause d'erreur importante.

En se bornant à faire un seul examen d'un nourrisson, on s'expose en effet à méconnaître le caractère transitoire de la splénomégalie constatée.

Pathogénie

L'éruption vaccinale et les suppurations cutanées sont les deux grandes causes de splénomégalie transitoire chez les nourrissons.

Dans les deux articles que nous avons déjà cités, le Professeur *Lereboullet* soulignait le parallélisme très étroit qui existait entre l'évolution de la splénomégalie et celle de la lésion cutanée dans l'un et l'autre groupe d'affections.

Dans le cas de la vaccine, cette particularité est très nette : la comparaison de l'évolution de la lésion vaccinale et du volume de la rate la met bien en évidence.

Mais on notera aussi que tantôt le début de la splénomégalie *précède* l'apparition de la pustule et tantôt il coïncide avec elle.

Au contraire, dans les cas de suppurations cutanées, qu'il s'agisse d'impetigo, d'abcès sous-cutanés multiples, d'ecthyma, ce n'est que lorsque ces lésions sont étendues, tenaces; persistantes qu'apparaît la splénomégalie avec, en général, un retard marqué sur la lésion causale.

Nous ne prétendons certes pas éliminer ainsi

toute action de l'infection cutanée dans la production de la splénomégalie vaccinale.

Mais nous pensons qu'elle ne suffit pas à elle seule, à expliquer une partie des cas constatés et qu'une autre hypothèse doit être envisagée : elle repose sur ce fait que, comme le disent M. M. *Teissier et Tanon* : « La vaccine, en dépit de sa bénignité, est une infection générale. Mais cette infection générale, dans l'immense majorité des cas, borne son action, tout au moins apparente, à la modification des éléments solides du sang (leucocytes plus particulièrement) ou des substances chimiques du sang et des principales humeurs ; aux variations dans la composition des urines, qui peuvent dépendre surtout de la fièvre vaccinale, aux lésions légères du système lymphatique qui peuvent se caractériser, comme nous l'avons vu, par l'inflammation des vaisseaux lymphatiques et l'augmentation du volume des ganglions. » (1)

A ces données anatomo-pathologiques s'ajoutent d'autres preuves que constituent par exemple la possibilité d'encéphalite vaccinale, de vaccine généralisée et surtout l'immunité conférée à tout l'organisme.

Et c'est, croyons-nous, parce que, d'une façon habituelle, la rate réagit devant toute infection gé-

(1) M. Teissier et Tanon. Article « Vaccine » Nouveau Traité de Médecine Vidal-Teissier, Fascicule II.

nérale que l'hypertrophie splénique se produit au cours de l'évolution de la vaccine.

La rate réagit donc, et cependant jamais on n'a pu constater son augmentation de volume ni chez l'adulte, ni chez l'enfant : nous mêmes ne l'avons constatée que chez des nourrissons, et le plus souvent chez des enfants de moins 1 mois. C'est même de là que découle, à notre avis, l'explication de ce phénomène.

C'est que, chez le nouveau-né, deux conditions se trouvent réunies qui vont, en quelques sorte, mettre en évidence la réaction splénique. C'est d'abord le fait qu'aucune infection n'a encore touché l'enfant, que ses organes, et la rate en particulier, sont indemnes de toute sclérose et par conséquent, peuvent réagir, de même que le tissu lymphatique, plus nettement qu'ils ne le feront dans la suite, à la première atteinte infectieuse. C'est ensuite que cette augmentation de volume si peu importante soit-elle, sera remarquée bien plus facilement chez le nouveau-né et le nourrisson tout jeune que chez l'enfant plus grand et l'adulte.

Chez le nouveau-né et le nourrisson en effet, la moindre hypertrophie est sensible. Elle est mise en évidence par la palpation qui permet d'atteindre assez facilement le pôle inférieur de l'organe au moment des inspirations profondes, ce qui sem-

ble plus difficile chez l'adulte en dehors des hypertrophies déjà considérables.

Il est enfin un dernier point qu'il serait intéressant d'aborder pour y rechercher la confirmation des faits cliniques que nous venons de mentionner : c'est *l'expérimentation*. A notre grand regret le temps nous a manqué pour la faire.

Nous rappellerons donc simplement ici l'article publié en 1929 par MM. *Douglas, Wilson Smith* et *Price* dans le « *Journal of Pathology and Bacteriology* »

Au cours d'expériences sur la vaccine généralisée expérimentale, provoquée par différentes voies chez le lapin, ils ont sacrifié les animaux et noté l'état de tous leurs organes, ils ont ainsi trouvé que dans 24 cas sur 36 animaux inoculés la rate présentait des lésions qui, inoculées à l'animal, reproduisirent la vaccine ; et dans certains cas il ont noté son augmentation de volume et de consistance.

Mais il s'agit là de vaccine généralisée. Or, au cours de nombreuses inoculations de vaccine localisée faites chez ces animaux, on n'a jamais noté d'atteinte splénique. C'est vraisemblablement que ces expérimentations sont faites chez des animaux adultes, dont la rate est moins susceptible de réagir.

Pour se placer, au point de vue expérimental sur un terrain correspondant aux cas cliniques

exposés ici, l'expérimentation de vaccine localisée devrait être faite sur des *lapins nouveau-nés* et ceux-ci devraient être sacrifiés à un moment bien déterminé, correspondant au maximum de la lésion, moment auquel se produit la splénomégalie dans les observations que nous rapportons ici.

OBSERVATIONS

OBSERVATION VI. — *Billard, Obs. 183 de 1931*

Marcel B., entre dans le service le 12 novembre 1931, âgé de 13 jours. Il pèse 2 k 650. Sa taille est de 49 cm, 5. L'enfant pesait 2 k 700 à la naissance : donc débilité congénitale.

A l'inspection on note que sa desquamation physiologique n'est pas terminée, son ombilic est suintant, l'enfant porte une trace de vaccin récent (3 jours environ)

La palpation révèle un pannicule adipeux abdominal peu développé.

La rate et le foie sont normaux.

Le squelette est normal. Il n'y a pas de ganglions l'enfant tousse : l'auscultation révèle quelques râles dans les deux poumons.

L'enfant est revu le 19 novembre, le vaccin étant alors au 10^e jour : la rate est perceptible L'enfant est resté en tout 27 jours dans le service, il n'a pas eu de fièvre. Sa croissance a été satisfaisante. A son départ pour Antony il pesait 3 k 400.

OBSERVATION VII. — *Billard Obs. 131 de 1930*

Aimée D, née le 12 juillet 1931 est amenée dans le service à l'âge d'un mois. Son poids est de 3k. 440 sa taille de 51 cm.

La mère de l'enfant est tuberculeuse

L'enfant a reçu du B. C. G. : il a été nourri au lait condensé depuis sa naissance.

L'examen montre : une hypertrophie légère, un érythème interfessier peu étendu

On ne trouve pas d'adénopathies.

On note l'existence d'un vaccin en évolution.

De fait la palpation révèle une rate perceptible.

Les poumons et le cœur sont normaux.

La croissance de l'enfant a d'abord été régulière.

Le 15 septembre sa cuti-réaction était négative,

Le 26 septembre commence un arrêt, suivi d'une chute de poids. Le 30 on notait l'existence d'une rhino-pharyngite accompagnée d'une bronchite diffuse. L'enfant n'a cependant jamais fait de fièvre.

La cuti-réaction a été faite de nouveau le 16 octobre : Elle était négative. L'enfant pesait au départ 5 k. 750.

OBSERVATION VIII. — *Billard Obs. no 363 de 1932.*

Christian L. né le 14 Avril 1932, entre dans le service le 26 Avril, âgé de 12 jours, pesant 3 k 050, taille 49 cm.

C'est un enfant débile. Son pannicule adipeux est un peu diminué sur le ventre et les membres. Le visage est un peu ridé.

Il est atteint de subictère physiologique.

L'examen montre, au niveau du deltoïde gauche une vésicule vaccinale en évolution.

La palpation révèle une rate perceptible.

Le foie est également un peu gros.

Par ailleurs l'examen somatique est normal.

L'enfant est resté 18 jours dans le service.

Pendant ce temps il n'a jamais eu de fièvre.

Sa croissance a été satisfaisante : il pesait 3 k 550 au départ.

OBSERVATION n° IX. — *Billard obs. n° 329 de 1932*

Joséph Marcel P... né le 19 Mars 1932, à terme, pesant 2 k. 970. Sa mère ayant 15 ans.

Admis à la nourricerie Billard le 31 Mars pour ictère : âgé de 11 jours il pèse 3 k., sa taille est de 45 cm.

L'inspection montre un ictère assez marqué, atteignant les conjonctives.

A la palpation le foie est normal.

Mais l'enfant est vacciné et sa rate est perceptible.

Par ailleurs l'examen somatique est normal.

L'enfant est resté 29 jours dans le service : il a été constamment apyrétique.

Sa croissance a été très satisfaisante : il pesait au départ 4 k. 050.

OBSERVATION n° X.— *Billard Obs. 385 de 1932*

Jacqueline C... née le 28 Avril 1932, entre dans le service le 10 Mai, âgée de 12 jours, pesant 3 k. Taille 50 cm. 5.

Dès l'inspection on note l'existence d'un céphalématome de la région pariéto-occipitale droite.

Il existe également une intumescence mammaire bilatérale un érythème léger et de l'œdème sus-pubien.

Surtout on remarque un vaccin en évolution et la palpation révèle une rate perceptible.

Les autres organes et le squelette sont normaux

Il n'y a pas de ganglions.

L'enfant est resté 17 jours dans le service.

Sa croissance a été normale. Il pesait, au départ pour Antony, 3 k. 350.

OBSERVATION. — n° XI *Billard Obs. n° 59 de 1930*

Paulette L... née le 11 Avril 1930. Agée de 21 jours à son entrée dans le service : poids 2 k. 600, taille 51 cm.

Son poids est nettement insuffisant.

L'enfant présente un très gros érythème fessier.

Son ombilic est suintant.

On note surtout une grosse réaction vaccinale.

La palpation révèle une rate perceptible.

Le foie et les autres organes sont normaux.

Le squelette est normal.

L'enfant est resté 35 jours dans le service.

Les 13 premiers jours, la croissance a été très satisfaisante, puis le poids est resté stationnaire pendant environ 14 jours.

La croissance a été très rapide ensuite.

L'enfant pesait 3 k. 300 au départ.

OBSERVATION n°XII. — *Billard Obs. 171 de 1931*

Jacques M... né le 13 octobre, entré dans le service le 27 Octobre, âgé de 14 jours pesant 3 k. 600. Taille 53 cm.

L'examen montre un vaccin en évolution au niveau du bras gauche.

La palpation révèle une rate perceptible, mais non indurée.

Par ailleurs l'examen somatique est normal.

L'enfant est resté 36 jours dans le service; au début, nourri au lait de femme, il n'augmentait pas de poids.

La croissance ne devint satisfaisante qu'au bout de 13 jours : l'enfant fut mis à ce moment au lait condensé.

Elle a été examinée de nouveau avant son départ : la rate n'était plus perceptible.

L'enfant pesait 4 k. 350, il a été envoyé à Antony.

OBSERVATIONS XIII. — *Billard, Ob. n° 82 de 1929*

Maurice C... Né le 6 Mars 1929.

Entré dans le service le 20 Mars. Son poids est de 2 k 950. Sa taille de 50 cm.

Bel enfant ne présentant rien de particulier à l'examen sauf :

Un testicule droit un peu gros et une rate dont le pôle inférieur est perceptible.

Le vaccin devait être à ce moment à son septième jour environ.

Car le 22 Mars la pustule vaccinale avait atteint son plein développement, avec grosse réaction inflammatoire.

OBSERVATION XIV. — *Billard n° 189 de 1930*

Michel C... Né le 15 Octobre 1930, entre dans le service le 25 Octobre. L'enfant âgé de 10 jours pèse 3 k 900, sa taille est de 51 cm.

On l'amène pour conjonctivite.

Sa desquamation physiologique n'est pas encore terminée. L'ombilic est complètement cicatrisé.

On note un léger érythème du siège et l'existence d'une petite hydrocèle droite.

Lors de l'examen rien ne persiste de la conjonctivite.

Il existe au niveau du bras gauche un vaccin en évolution

Le squelette est normal.

Il n'y a pas d'adénopathies.

Les organes sont normaux à l'exception de la rate qui est perceptible.

OBSERVATION XV. — *Billard Ob. 157 de 1928*

Sophie P... née le 7 Novembre 1928, entre dans le service le 19 Novembre, pèse 3 k 850, sa taille est de 52 cm. 5,

L'enfant est dans un état de nutrition satisfaisant. Son ombilic n'est pas cicatrisé. On trouve un léger œdème vulvaire. L'enfant a été vacciné. Le crâne est normalement ossifié. On ne trouve aucune déformation osseuse.

On note une adénopathie inguinale et cervicale discrète. Mais on ne trouve pas de ganglions nus-épitrochléens.

Le foie est normal. Le pôle inférieur de la rate est nettement perceptible, la consistance en paraît augmentée.

L'enfant est revu le 23 Novembre. Son éruption vaccinale est relativement intense.

L'ombilic est légèrement saignant.

L'enfant n'est resté que 10 jours dans le service. A fait un épisode diarrhéique.

Le 25 Novembre l'ensemencement du mucus rhino-pharyngé montrait des bacilles pseudo diphtériques.

OBSERVATION XVI. — *Billard Obs. 367 de 1932*

Lucienne B.... née à terme, le 16 Avril 1932, pesant 3 kgr. 150.
A son entrée dans le service, le 29 Avril, âgée de 15 jours,
elle pèse 3 kgr. 050. Sa taille est de 49 cm. 5.

Présente une desquamation physiologique non terminée
accompagnée d'érythrodermie.

Son pannicule adipeux est diminué sur le ventre et un peu
sur les cuisses.

On note l'existence d'une grosse pustule vaccinale.

Le squelette est normal.

Le foie est normal. On sent la rate dans l'inspiration, mais
elle ne déborde pas le rebord costal.

On ne trouve pas de ganglions.

Il existe une petite hydrocèle gauche.

L'enfant est restée 26 jours dans le service ; n'a pas fait de
poussée fébrile. Sa croissance a été satisfaisante. Elle pesait
3 kgr. 600 au départ.

OBSERVATION XVII. — *Billard n° 225 de 1929*

L'enfant Raymond V.... est amené dans le service le 23
Août pesant 3 kgr. 140, sa taille est de 50 cm. 5.

Il est passé de la crèche pour convulsions.

A l'examen on note que l'enfant a été vacciné.

Le squelette est normal.

On ne trouve pas de ganglions, ni de ganglion sus-épi-
trochléen.

On note l'existence d'une grosse hydrocèle gauche.

L'auscultation révèle des signes de bronchite disséminée.

Le foie est normal mais la rate est accessible.

Par la suite l'enfant a fait de la diarrhée, il a été mis au
biolactyl, au lait de femme et au babeurre.

A son départ pour Antony le 3 Septembre il pesait 3 kgr. 060
sa rate était normale.

OBSERVATIONS DE SPLÉNOMÉGALIES D'ORIGINE DISCUTABLE, CHEZ DES VACCINES

OBSERVATION XVIII. — *Billard Obs. n° 379 de 1931*

Marcelle F... née à terme, pesant 2 k. 530.

Est amenée dans le service à l'âge de 11 jours.

Son poids est de 2 k.770, sa taille de 60 cm.

D'après les renseignements recueillis cette enfant aurait été malade depuis sa naissance. Elle a été nourrie au sein.

La réaction de Bordet-Wassermann a été positive chez la mère.

À l'examen le 27 Avril on note que : l'enfant est débile mais non prématurée. Elle ne présente pas de craniotabès, ni de micropolyadénopathies, ni de ganglions sus-épitrochléens.

Son pannicule adipeux est mince, mais présent.

Le foie est normal. La rate est perceptible.

Il y a une mammite bilatérale.

Il existe deux pustules vaccinales au niveau du bras gauche.

Il y a une croûte au niveau de la région pariéto-temporale droite (trace de forceps).

L'enfant a de l'occlusion rétro-nasale.

On note un érythème fessier intertrigo.

Le 1^{er} Mai : la rate est plus nettement perceptible (augmentée depuis le 27 avril).

Le pustules vaccinales diminuent.

Le 8 Mai : la rate est diminuée, à peine perceptible.

Le 25 Mai : l'enfant a été envoyée à Antony, au service des hérédos.

OBSERVATION XIX. — *Billard Obs. n° 170 de 1930*

Marc C..., né le 18 septembre 1930 est amené dans le service le 2 octobre : il est âgé de deux semaines, pèse 3 k. 650. Sa taille est de 50 cm., 5.

C'est un hérédo-syphilitique.

A l'inspection on note l'existence de nombreuses bulles de pemphigus sur le cuir chevelu, la face et l'abdomen.

Par ailleurs l'examen somatique est normal.

L'enfant est revu le 10 octobre : on ne retrouvera plus que des traces du pemphigus initial.

Mais l'enfant présente un vaccin en évolution et sa rate est perceptible.

On note en outre un érythème suintant et de l'œdème des cuisses.

OBSERVATION XX. — *Billard Obs. n° 220 à 1930*

Pierre D... Vient de Baudelocque. Est amené dans le service le 6 Décembre 1930, âgé de 12 jours.

Il pèse 3 k. 150. Sa taille est de 51 cm.

Sa mère est hospitalisée à Henri Rousselle.

L'enfant présente de l'ictère et sa desquamation physiologique n'est pas terminée.

Ses fontanelles sont étendues, larges. Le squelette est normal. Les testicules sont normaux. On ne trouve pas de ganglions.

Le foie est normal.

La rate est perceptible à certaines inspirations.

On note l'existence au niveau du bras droit d'un vaccin en évolution.

Le 26 Décembre, à la suite de trois frictions mercurielles faites de 2 en 2 jours, l'enfant a eu de la diarrhée (selles mélangées et fétides) avec des signes de déshydratation, d'intoxication et d'hyperthermie à 40°.

OBSERVATION n° XXI. — *Billard Obs. n° 179 de 1928.*

Marcelle B... née le 4 Décembre 1928 pesant 3 k. 200 entre dans le service le 17 Décembre : elle est âgée de 11 jours, son poids est de 3 k 190, sa taille de 51 cm.

Il y a donc un léger retard pondéral.

Le pannicule adipeux est présent.

Enorme pustule vaccinale infectée, s'accompagnant d'une adénopathie sus-épitrochléenne bilatérale, surtout nette à gauche.

L'ombilic n'est pas cicatrisé, il est légèrement infecté.

Il existe un céphalématome.

Le foie est normal. La rate est perceptible, augmentée de volume, mais pas très dure.

Le 18 Décembre : le contenu de la pustule vaccinale est de la dimension d'une pièce de 2 francs, la surface en est entièrement purulente, c'est une lésion à contours polycycliques (confluence de petites bulles de pemphigus). On observe des lésions de pemphigus : d'une part à la périphérie de la lésion initiale d'autre part, à distance, une bulle dans la région cervicale droite, une autre au niveau de l'oléocrane du même côté.

La rate n'est perceptible que dans les grandes inspirations. Il n'y a pas de fièvre.

Le 5 janvier 1929 : enfant en bon état.

Les lésions cutanées (vaccin et pyodermites) sont guéries. Il y a apyrexie. L'enfant reprend du poids.

Le 8 janvier : On ne trouve ni gros foie, ni grosse rate. L'examen somatique est normal.

OBSERVATION n° XXII. — *Billard n° 129 de 1930*

Jeanne R. est une prématurée : née à 8 mois et demi. Agée de 15 jours à son entrée dans le service : elle pèse 2 k 530, sa taille est de 48 cm.

Il y a donc retard pondéral et statural.

On n'a aucun renseignement sur l'alimentation de l'enfant avant son entrée dans le service.

À l'examen, le 11 Août 1930, on note que la desquamation physiologique n'est pas achevée.

L'ombilic est déplissé.

Il existe un gros érythème fessier, légèrement érosif, eczématisé.

La rate est difficilement perceptible. Le foie est normal. Le pannicule adipeux est diminué sur l'abdomen et les membres. Il n'y a pas de ganglions.

Les poumons et le cœur sont normaux.

Au niveau du crâne on note un ramollissement des os au niveau des sutures:

L'enfant présente un vaccin en évolution.

Il est resté 27 jours dans le service. A reçu du stovarsol.

Sa croissance a été satisfaisante. Il pesait 3 k. 040 à son départ pour Antony.

OBSERVATION XXIII. — *Billard Obs. n° 48 de 1930*

Georges L... entre dans le service le 1^{er} Mai 1930 âgé de 12 jours. Son poids est de 2 kg 950, sa taille de 51 cm.

Donc insuffisance notable de poids.

La desquamation physiologique n'est pas terminée. Il y a une grosse réaction vaccinale au niveau de l'épaule droite et des pyodermites au niveau de la région pariétale droite.

La rate est relativement grosse.

Par ailleurs l'examen somatique est normal.

Le 5 Mai : la rate persiste débordant de 2 travers de doigt le bord inférieur des fausses côtes.

Le 24 Mai on note l'existence de râles diffus de bronchite et de foyers de râles fins à la base droite.

Le 26 Mai : on ne perçoit plus de foyers de râles fins. Les râles de bronchite prédominent à la base droite. La rate est perceptible.

OBSERVATION XXIV. — *Billard Obs. n° 260 de 1930*

Sumara T... né le 24 Décembre 1930.

A son entrée dans le service est âgé de 4 semaines, pèse 3 kg 100, taille 48 cm 5. C'est un prématuré débile.

A été passé de la crèche pour selles diarrhéiques.

Son état général est mauvais.

L'inspection révèle un érythème intertrigo avec rougeur diffuse, à peine papuleuse, très étendu.

Elle montre également un œdème marqué des bourses.

On note enfin l'existence d'une pustule vaccinale en évolution.

A l'examen le squelette est normal. On ne trouve pas de ganglions.

Mais le foie est un peu gros et la rate est perceptible.

Conclusions

1° La splénomégalie chronique du nouveau-né et du nourrisson est considérée à juste titre comme un signe révélateur important de l'hérédosyphilis (*Marfan*); une cause d'erreur dans son appréciation doit toutefois être retenue; c'est l'existence de splénomégalies subaiguës, transitoires, liées à d'autres causes (suppurations cutanées, vaccins).

2° La vaccine jennérienne peut en effet, chez le nouveau-né, provoquer l'apparition d'une splénomégalie transitoire, évoluant parallèlement à la pustule vaccinale, lui survivant quelques jours et disparaissant au bout d'un mois au plus, facilement appréciable par la palpation méthodique de l'hypocondre gauche.

3° Cette splénomégalie vaccinale (*Lereboullet*) semble exister dans 40 % des cas de vaccine du nouveau-né et se produit surtout dans la vaccination des jeunes sujets, moins fréquente chez ceux qui ne sont vaccinés qu'après plusieurs semaines ou plusieurs mois.

D^r *Lereboullet*.

Vu :
Le Doyen :
BALTHAZARD

Vu :
Le Président :
P. LEREBoullet

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
CHARLETY
